

病 歴 要 約(記入見本)

症例番号:	17	病院名	感染病院	入院・外来
患者ID:	2255	診療開始日	2008年8月	2日
患者年齢	43歳	性別	(男)女	診療終了日
			2008年10月	8日
転帰: <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 転科(手術 有・無) <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 死亡(剖検 有・無) <input type="checkbox"/> その他()				

診断(感染症および基礎疾患/合併症)

- (1)感染性心内膜炎
- (2)右腎動脈瘤破裂
- (3)動脈管開存症(PDA)
- (4)齲歯

病歴(主訴・既往歴・現病歴・現症・検査・治療・経過など)

【主訴】発熱

【現病歴】2005年12月に腰痛のため当院整形外科を受診し、椎体生検の培養から α -streptococciが分離され、感染性脊椎炎と診断された。経胸壁心エコーでは明かな疣贅はなかったが、血液培養でも α -streptococciが培養され、感染性心内膜炎も疑われ、他院に入院し、セフトゾプラン2週間、イミペネム・シラスタチン2週間の投与をうけ、CRPの陰性化を確認して外来通院となった。その後徐々にCRPは上昇し、また右側腹部痛を訴えるようになった。7月29日に突然の肉眼的血尿を主訴に当院泌尿器科を受診、右腎動脈瘤破裂の診断でコイル塞栓術が行われ、その後当科に紹介された。

【身体所見】Osler 結節や Roth 斑なし、バイタルサイン正常、収縮期心雑音Ⅲ/Ⅵ、臓器腫大なし。

【検査所見】WBC 8,900、CRP 2.4、ESR 102mm/1h、経胸壁心エコーで僧帽弁に疣贅あり。

【入院後経過】紹介時の2セットの血液培養で *S. oralis* が分離され、また経胸壁・経食道いずれのエコーでも明らかな疣贅を認めため、感染性心内膜炎と診断した。ペニシリンG(PCG)に感受性があったため、PCGを1回400万単位1日4回とゲンタマイシンを1mg/kg1日3回で開始した。血液培養は速やかに陰性化し、赤沈も徐々に低下し、心エコーで疣贅は残存したものの、6週間で治療を終了した。退院後のフォローでも再発を認めていない。

考察(感染症の診断根拠、発症に関連したと思われる事項、治療方法選択根拠、抗菌薬感受性検査結果、文献等も含めて記載する)

本症例は、腎動脈瘤破裂を来した感染性心内膜炎の一例である。まず特筆すべき点は、本症例はすでに前医で一度加療を受けているにもかかわらず、その間に腎動脈瘤が形成されている点(以前のMRIでは動脈瘤がなかったのを確認できた)である。理由の一つはスタンダードな治療ではなく、第4世代セフェムなどの抗菌薬で、しかも1日2回投与などで治療をうけ、また退院後はレボフロキサシン(100mg×3)などで治療されていたことが原因と考えられる。感染性心内膜炎の治療には、PK-PDを考慮し、なるべく殺菌力が強く、狭域の抗菌薬(本症例ではPCG)を適切な投与量・投与方法で適切な期間投与すべきであり、その点で本症例は反省すべき点があると考えられた。感染性心内膜炎の合併症の一つに動脈瘤の形成が報告されている。通常は血管の分岐部位に多く、頭蓋内の動脈にできることが多い。文献的にも、本症例のように腎動脈瘤の破裂で肉眼的血尿にまで至った症例報告はわずかである。本症例では、問診により、当院初診の数カ月前に抜歯を行ったことが判明した。通常PDAなどのリスクのある場合の抜歯には、予防的にペニシリン系の抗菌薬を内服することになっているが、本患者は内服を行わなかった。先天性心疾患患者のフォローにはこのような教育も重要である。

【文献】Circulation 2005;111:3167.

記載者名:

本症例は当該受験者の主治医(担当医)としての症例であることを確認致しました。

教育責任者氏名